ANEMIE FERRIPRIVE

L.SAHRAOUI.
Novembre 2016

DEFINITION

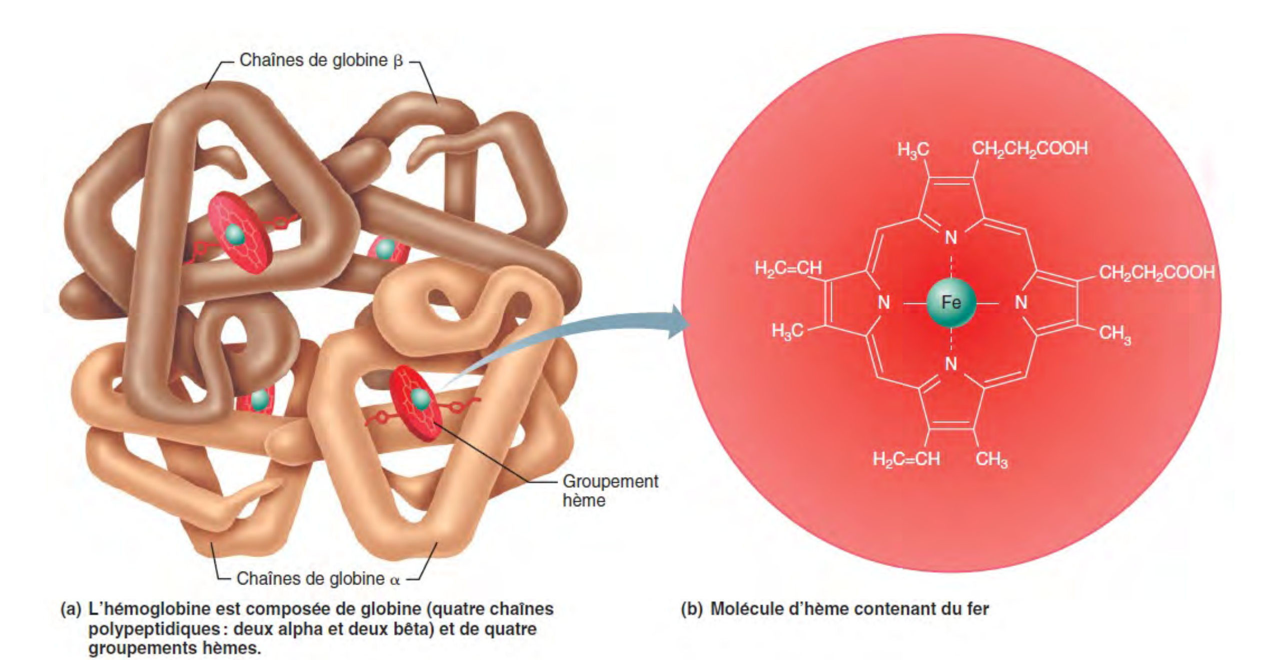
- Anémie microcytaire hypochrome arégénérative
- Epuisement des réserves en fer dans l'organisme.
- Hb: Homme < 13 g/dl
  Femme < 12 g/dl
  Femme enceinte < 11 g/dl

-FRÉQUENCE /ÉPIDÉMIOLOGIE:

-Très répandu dans le monde / Pays sous développé

- Organismes en expansion : femmes et grossesse , enfants
- OMS: 30% monde, anémie dont 50% anémie ferriprive
- Algérie : 44 -55% femmes enceintes, 14% enfants.

PHYSIOLOGIE



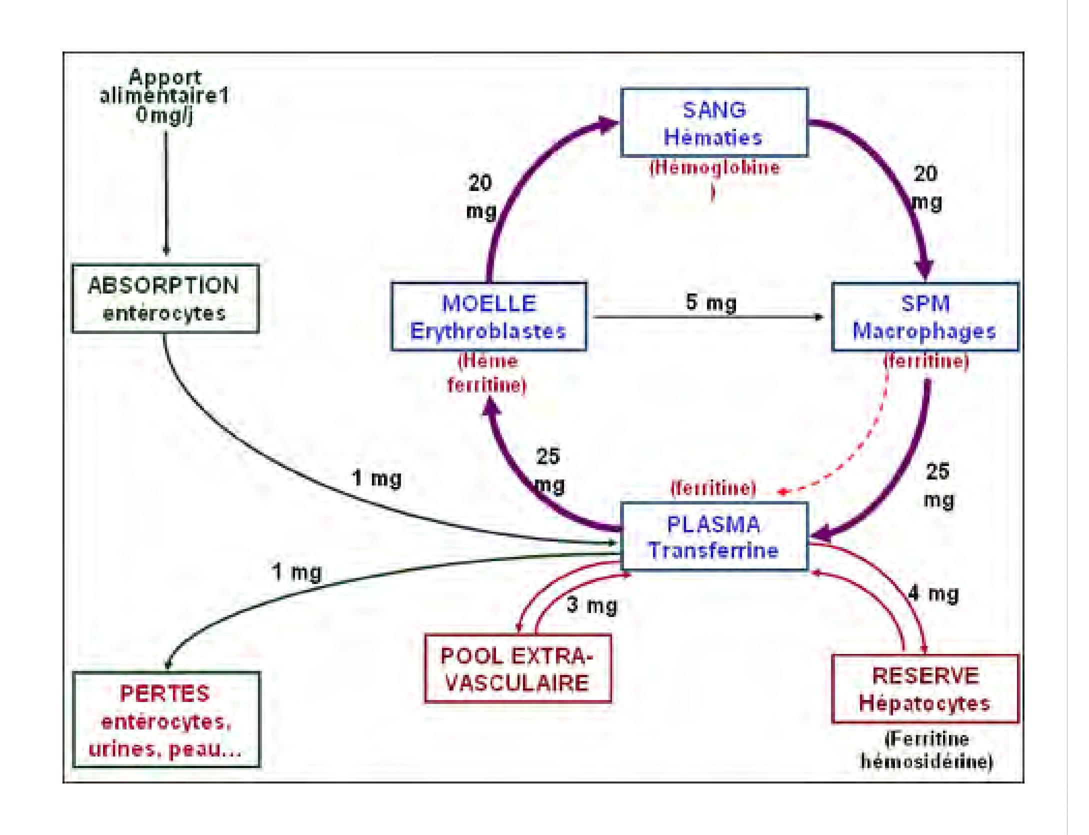
(a) L'hémoglobine est composée de globine (quatre chaînes polypeptidiques : deux alpha et deux bêta) et de quatre groupements hèmes.

(b) Molécule d'hème contenant du fer

PHYSIOLOGIE , répartition dans l'organisme

Qté totale : 3 à 4 g

- Compartiment fonctionnel : 70% +++hémoglobine
- Compartiment de transport : 0.1%. **transferrine** (sidérophiline)
- Compartiment de réserve représente 25% niveau foie et macrophages de **ferritine** et **d'hémosidérine**.



PHYSIOLOGIE , SOURCES








- ✓ Régime équilibré: 10 à15 mg/j
- ✓ **10% sont absorbés**

PHYSIOLOGIE , Absorption

CROC



- **Siège**: **DUODÉNUM ET JÉJUNUM PROXIMAL**

entérocytes au sommet des villosité intestinale.

- **Facteurs influençant l'absorption:**
  - Vit C : réduction du fer3+ en fer2+
  - Thé noir et antiacides, lait diminue l'absorption du fer

PHYSIOPATHOLOGIE

- 1- RUPTURE DU CYCLE FERME

1. Accroissement physiologique des besoins:
   - Grossesse
   - Croissance
2. Apport alimentaire insuffisant
3. Augmentation des pertes en fer (hémorragie chronique)
4. Malabsorption du fer: duodénum et jéjunum (maladie cœliaque, diarrhée chronique)

PHYSIOPATHOLOGIE

- 3 ETAPES

Etapes	Ferritine	Fer sérique	Hémoglobine
Défict pré- latent	Diminuée	Normal	Normal
Déficit latent	Effondrée	Diminué	Normal
Déficit patent	Effondrée	Diminué	Diminuée

PHYSIOLPATHOLOGIE , conséquences

Sur l'érythropoïèse:

↓ Hb-synthése ➡ retarde signal d'arret des mitoses de l'EB ➡ GR pt taille (microcytose)

➡ Peu chargées en hémoglobine (hypochromie)

Sur les tissus:

Tissus à renouvellement rapide (phanères, muqueuse digestive)

Comment poser un Dc d'anémie ferriprive ?

circonstances de découverte :

- Signes liés à l'anémie.
- Signes d'appel de la maladie sous-jacente.
- Découverte fortuite lors d'un bilan.

- **interrogatoire minutieux**: âge, conditions socio-économiques, enquête alimentaire, cycles menstruels, antécédents obstétricaux, troubles du transit.

Comment poser un Dc d'anémie ferriprive ?

- Le syndrome anémique d'installation insidieuse
- Les signes de sidéropénie (carence chronique) :
  - Troubles des phanères : ongles cassants, aplatis ou concaves (koïlonychie), cheveux cassants qui chutent rapidement.
  - Troubles des muqueuses : fissures des commissures labiales (perlèche), atrophie des muqueuses.
- Splénomégalie modérée, inconstante en particulier chez les nourrissons

Quels examens complémentaires ?

Examens de première intention :

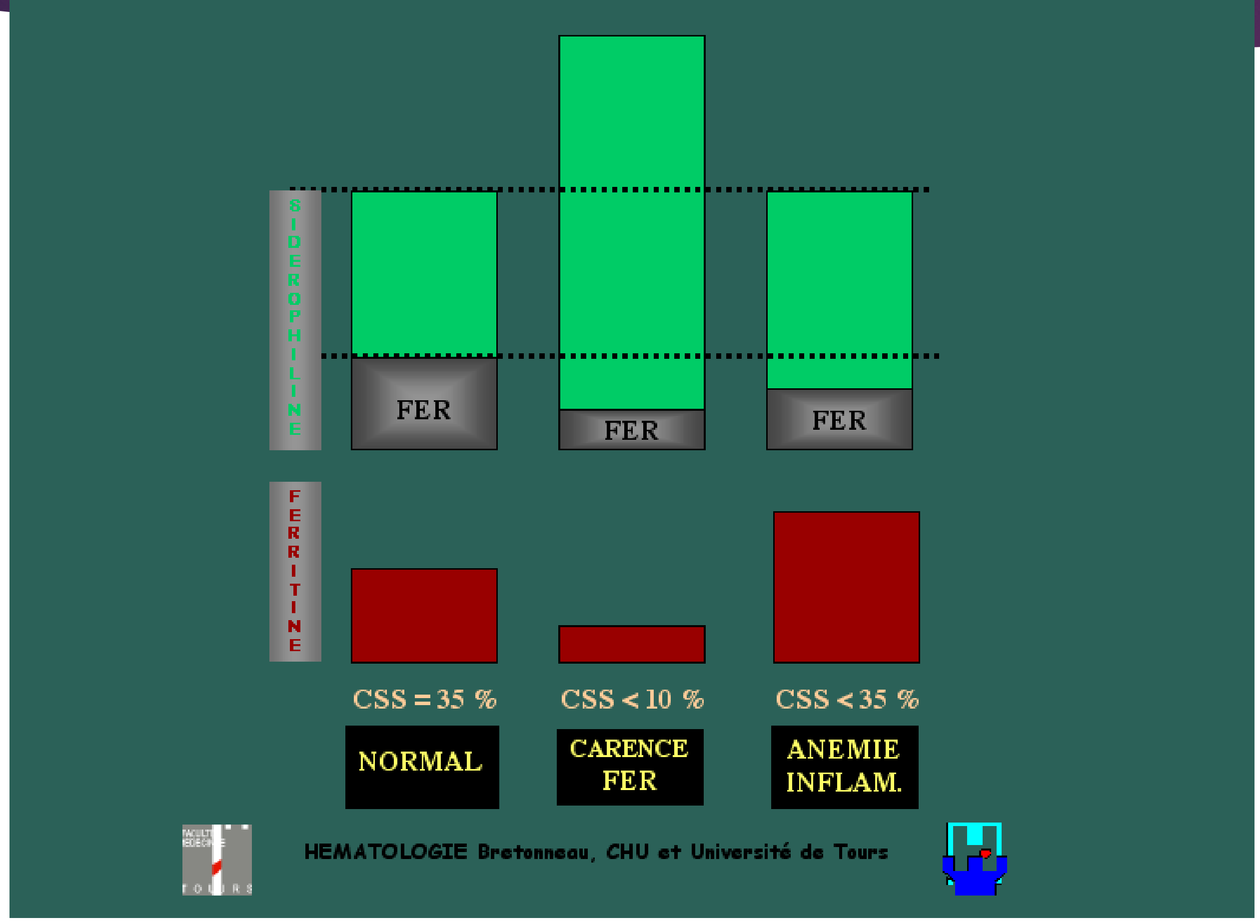
- hémogramme-Frottis sanguin-taux de réticulocytes

anémie microcytaire hypochrome arégénérative avec un taux de globules blancs normal ou légèrement diminué et un taux de plaquettes normal ou élevé.

Examens permettant de confirmer la carence en fer :

- Fer sérique<70 µg/dl
- TIBC >350µg/dl
- CS de la transferrine (fer sérique/TIBC) <16%= évocateur de la carence en fer.
- Ferritinémie effondrée (<20µl/l chez la femme et <30µg/l chez l'homme) : signe exclusif d'une carence martiale.

LE BILAN MARTIAL



ET SI G PAS LES MOYENS ... ?

- Test thérapeutique au fer

fer par voie orale à la dose thérapeutique (2 à 4 cp/J)

crise réticulocytaire entre le 7ème et le 10èmejour et

réparation de la moitié du déficit en hémoglobine en 21 jours.

ETIOLOGIES en s'aidant des données anamnestiques…

- Carence d'apport :
  - organismes en expansion : grossesse, allaitement, nourrisson, adolescence,
  - mauvaises conditions socio-économiques,
  - Sujet âgé.
- Pertes excessives : hémorragies chroniques digestives chez l'homme et génitales chez la femme.
- Malabsorption : maladie cœliaque, gastrectomie.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL les autres causes d'anémie microcytaire hypochrome

- Anémie inflammatoire :

Signes inflammatoires biologiques, ferritinémie normale ou élevée, TIBC normale ou diminuée, CS supérieur à 16%

- Thalassémie mineure : Pseudo polyglobulie microcytaire, électrophorèse de l'hémoglobine (A2 >3,3%).
- Anémie sidéroblastique : Hypersidérimie, sidéroblastes en couronne sur le frottis médullaire.

TRAITEMENT

- ***Traiter l’anémie et restaurer les réserves***
- ***Traiter la cause si possible.***

Traitement :

- Présentation :
  - Forme orale : Fumarate ferreux (Fumafer) 1cp=66mg de fer métal,
  - Sulfate ferreux (Tardyferon) 1cp=80mg de fer métal, Feredetate de sodium (Ferrostrane sirop) 5 ml = de 33 mg de fer métal.
  - Forme injectable : hydroxyde ferrique saccharose (réservée si malabsorption ou intolérance de la forme orale)
- Posologie : Adulte et grand enfant : 2 à 3 mg/Kg/J, nourrisson et petit enfant : 6 à 10 mg/Kg/J.
- Effets secondaires: nausées, vomissements, épigastralgies, constipation, coloration noire des selles.

  Réaction anaphylactique grave (forme injectable)

- critères de réponse au traitement :
  - Correction de la moitié du déficit en Hb en 3 semaines
  - Correction du taux d' Hb au bout de 2 mois
  - Restauration des réserves au bout de 6 mois.

- **Le traitement étiologique est indispensable lorsqu'il est possible +++**
- Le traitement préventif est indiqué dans certaines situations :
- Femme enceinte dès le 4ème mois de grossesse 1mg/Kg/J associé à la foldine.
- Donneur de sang régulier : 1-2 mg/Kg/J pendant un mois.
- Lorsque la cause du saignement n'a pas été déterminée, un traitement martial cyclique est nécessaire.